

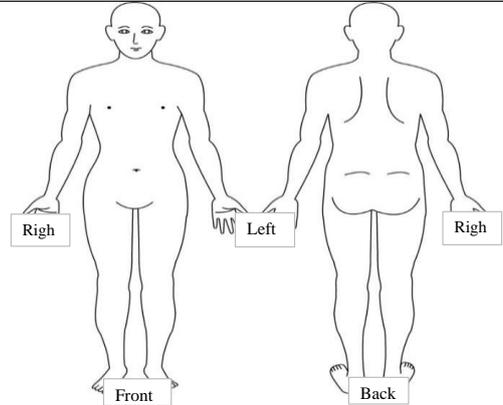
Orthopedics Questionnaire/整形外科 問診票

Name of patient /患者氏名				For staff only /医療機関記入欄	BT=	°C
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年	Month/月	Day/日		PR=	/分
	(Years old/歳)			BP=	mmHg	
				RR=	/分	
Height/Weight/身長・体重				SPO2=	%	
	cm	kg		Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性	<input type="checkbox"/> Female/女性

症状 What is the problem today? (Check all that apply.)/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- Swelling/むくみ Pain/痛み Fever/発熱
- Numbness/しびれ Non sensation/感覚がない
- Sprain /ねんざ Difficulty bending joints/関節が曲げられない
- Injury/けが Stiff neck and shoulders/肩こり
- Dislocation/脱臼 Difficulty moving hands and feet /手足が動きにくい
- I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.
/他の医療機関から受診を勧められた(健診全済)
- Other(s) /その他:

Circle the area where you are experiencing the symptoms.



When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

___ Year/年 ___ Month/月 ___ Day/日 From about ___ : ___ am/pm /ごろから

When does the symptom occur? /症状はどのようなときに現れますか。

- Morning/朝 Daytime/昼 Evening/夕方 While in bed/就寝中 When waking up /起床時 Irregular /不定期
- Other(s) /その他:

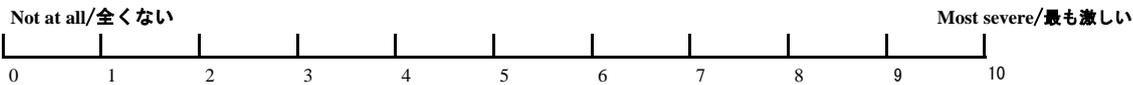
What is the symptom like? /症状はどのような性質を持っていますか。

- Constant/絶え間なく、続いている The symptom is gradually worsening /徐々にひどくなってきている
- The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている Other(s)/その他

痛み Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?

- No/いいえ Yes/はい

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below. /痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか?



- Types of pain /どんな**
- Throbbingズキズキ Dull ブーン Heavy重たい stingビリビリ
 - Pricking チクチク Shooting電気が走る Otherその他()

- Frequency /いつ**
- Alwaysいつも When you move動くと When you touch触ると
 - Sometimes時々 Can't sleep with痛みで眠れない
 - Otherその他()

既往歴 Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- Noneなし Myocardia infarction心筋梗塞 Angina pectoris狭心症 Arrhythmia不整脈 Hypertension高血圧
- Diabetes mellitus糖尿病 Asthma喘息 Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患
- Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍 Brain infarction脳梗塞 Dyslipidemia脂質異常 Prostatic hypertrophy前立腺肥大
- Cancer癌() Glaucoma緑内障 Liver disease肝臓疾患()
- Kidney disease腎臓疾患() Otherその他()

Continued on Next Page

Have you ever had surgery before? /手術歴はありますか?

No/いいえ Yes/はい

If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

お薬

Are you currently on any medication? /現在、飲んでいる薬はありますか？

No/いいえ Yes/はい

*If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook.
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

アレルギー

Allergies

/アレルギーの有無

No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物:

Medicine/薬:

Others/その他:

Allergic Reactions/ 症状 (

たばこ

Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

No/いいえ Yes/はい Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年 _____Month/月

*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

お酒

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

No/いいえ Yes/はい Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール _____ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー _____ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒 _____ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン _____ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他 _____ml /Day/日	

宗教

Do you have religion? /宗教はありますか？

No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度

Risk for falls/ 転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months?
/3ヶ月以内に転んだことはありますか？

NOいいえ Yesはい

Do you have orthoses on your feet?
/足に装具をつけていますか？

NOいいえ Yesはい

Do you use a cane or walker?
/杖や歩行器を使っていますか？

NOいいえ Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)

Do you use a wheelchair?
/車椅子を使っていますか？

NOいいえ Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)

Risk of Falls
転倒の危険度

Do you feel dizziness?
/ふらつきはありますか？

NOいいえ Yesはい

Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today?
/本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか？

NOいいえ Yesはい

Do you have an attendant?
/付き添いはいますか？

NOいいえ Yesはい

Did you drive your own car, bicycle or motorcycle when you came to the hospital?
/来院時ご自分で車、自転車、オートバイの運転をしてきましたか？

NOいいえ Yesはい

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。